ITEM 251 : AMAIGRISSEMENT À TOUS LES ÂGES

Amaigrissement = témoin d'un déséquilibre entre les apports alimentaires et les dépenses énergétiques : conséquence d'une affection évolutive ou d'un trouble des conduites alimentaires (TCA).

DIAGNOSTIC

Amaigrissement = **Perte de poids ➔** significative si **> 5 kg.**
- Notion dynamique : processus évolutif (≥ 2 % en 1 semaine, ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois).
- Enfant avec cassure pondérale associée ou non à une cassure staturale (importante si perte de poids de -2 DS et sévère).
- Excluant les compartiments hydriques extracellulaires (perte d'œdèmes).

Dénutrition = **IMC < 18,5** (< 22 si + de 70 ans).
- **Pesée** : sur balance électronique précise, en sous-vêtements, vessie vide.
- Signes indirects : changement de taille des vêtements, tour de ceintures, photographies antérieures.

Mécanismes	- **Diminution des ingesta** : reconnue (perte d'appétit) ou niée (TCA). - **Malabsorption et/ou maldigestion.** - **Augmentation des dépenses énergétiques** : thermorégulation, maladies aiguës ou chroniques, phénomène de réparation et de cicatrisation. - **Pertes caloriques et/ou protéiques.**
Causes	- Organique. - Psychiatrique. - Socio-environnementale. - Iatrogène.
Signes de gravité	= Nécessitant la mise en place urgente d'une assistance nutritionnelle : - IMC < 15. - Perte de poids > 20 % en 3 mois. - Hypotension artérielle, bradycardie, hypothermie. - Ralentissement psychomoteur. - Hypoglycémie symptomatique. - Trouble ionique : natrémie, kaliémie, hypophosphorémie. - Hypoalbuminémie profonde < 20 g/L.

BILAN DIAGNOSTIQUE

Diagnostic		**Maigreur constitutionnelle** : - Poids stable, qui a toujours été bas, avec IMC > 16. - Masse grasse abaissée (< 10 % chez H et 15 % chez F), caractère familial. **Perte de poids secondaire à** : - Mouvement hydrique : fonte d'œdème (membres inférieurs), ponction d'ascite, déshydratation. - Ablation d'un tissu : amputation, exérèse d'une importante tumeur. - Accouchement.
Pesée		- **Hôpital** : à l'admission, hebdomadaire +/- quotidiennement si dénutrition sévère chez l'enfant. - **À domicile ou en institution** : mensuelle.
Int		- ATCD médicaux et chirurgicaux, ATCD familiaux, état psychologique ou psychiatrique, addiction, contexte socioéconomique. - **Histoire pondérale** : mode d'installation de l'amaigrissement, signes d'accompagnement (fièvre…) - **État de l'appétit** : **échelle visuelle** ou **verbale analogique de l'appétit** (de 0 à 10) : SEFI (score d'évaluation facial des ingesta) < 7 ➔ risque de dénutrition. - **Quantification des ingesta** (apports alimentaires) : **échelle visuelle ou verbale analogique (EVA)** (de 0 à 10), ou idéalement calculé par un diététicien sur un **recueil prospectif ou rétrospectif des ingesta sur 1 à 3 jours.** - **Estimation des ingesta en hospitalisation ou institution** : semi-quantitative par celui qui débarasse. - **Troubles du comportement alimentaire** : conduites purgatives (lavement, laxatif, diurétique…), boulimie… - Addictions : alcool, tabac, drogues. - ! Polymédication notamment chez sujet âgé !
C		- **Perte de poids harmonieuse ou non, cinétique/IMC.** - **Signes de dénutrition sévère** : œdème des membres inférieurs, bradycardie < 50/min, hypothermie, hypotension artérielle, anomalies du cycle, hypoglycémie symptomatique… - **Examen à la recherche d'une néoplasie** : palpation abdominale, aires ganglionnaires, TR, TV, SMG, HMG. - **Examen de la cavité buccale et de la déglutition :** mauvais état dentaire, candidose… - **État psychologique/psychiatrique** : dépression, anorexie… - **Examen neurologique** : abolition des ROT, troubles moteurs et/ou sensitifs, atteinte cognitive. - **Signes de malabsorption/maldigestion :** douleurs abdominales, selles abondantes pâteuses ou diarrhéiques (stéatorrhée). - **Signes d'hypermétabolisme :** thermophobie, palpitation, tremblements, diarrhées. - **Signes de perte calorique/protéique :** œdèmes des membres inférieurs, amyotrophie.
	Mesures anthropo-métriques	- **Épaisseur cutanée tricipitale (ECT)** du bras non dominant demi-fléchi, à mi-distance acromio-olécrâne avec un **compas de Harpenden ➔** évaluation de la **masse grasse.** - **Circonférence musculaire brachiale (CMB)** dans les mêmes conditions par **mètre ruban ➔** évaluation de la **masse maigre.**
	Force musculaire	- ***Hand-grip*** (dynamomètre) et ***sit-up test.***
PC	Bilan minimal de	- **Albuminémie** et **pré-albuminémie (transthyrétine).**

		1re intention	- **NFS, CRP, bilan hépatique, ionogramme, créatinine, TSH, LDH.** Si amaigrissement isolé involontaire : calcémie, phosphatémie, glycémie, VIH, ferritine, BU, IDR à la tuberculine. Rechercher carences vitaminiques dans les cas sévères (D, B9, B12, fer) +++.
		Selon le contexte	- **Bilan endocrinien** approfondi. - Imagerie : **radiographie thoracique, échographie ou TDM thoraco-abdomino-pelvien** +/- **PET-scanner** dans un 2d temps. - **Radiocinéma de la déglutition** si âgé ou pathologies neurologiques. - **Œso-gastro-duodénoscopie** avec **biopsies duodénales.** - **Coloscopie avec iléoscopie et biopsies étagées.** - **Examen parasitologique des selles, coproculture.** - **Étude des selles et du transit** : poids des selles sur 3 jours, temps de transit au rouge carmin, étude de la stéatorrhée, élastase fécale, calprotectine fécale, clairance de l'α1-antitrypsine. - **Test au D-xylose.** - **Sérologie de la maladie cœliaque.** - **Dosage de la citrulline plasmatique.**
ÉTIOLOGIES	Orientation		- Poids stable et ingesta normaux ➔ maigreur constitutionnelle. - Perte de poids avec ingesta normaux ou élevés : • Diabète. • Malabsorption. • Hypercatabolisme. • Hyperthyroïdie. • Néoplasie. • Pertes et parasitoses digestives. - Perte de poids avec anorexie : régime restrictif, précarité, anorexie psychique ou organique.
	Amaigrissement sans anorexie, voire avec hyperphagie		- **Hyperthyroïdie.** - **Diabète insulinopénique.** - **Parasitose intestinale.** - **Malabsorption/maldigestion** : maladie cœliaque, résection intestinale étendue (syndrome de grêle court…) - **Néoplasie.**
	Endocrinopathies		- **Diabète insulinopénique décompensé :** contexte de découverte ou de déséquilibre glycémique. - **Hyperthyroïdie.** - **Hyperparathyroïdie avec hypercalcémie.** - Autre : **insuffisance surrénalienne, phéochromocytome, insuffisance antéhypophysaire.**
	Néoplasies		**Lymphome, hémopathie**, certaines **tumeurs solides** (rein, foie). - **Mécanismes multiples : anorexie, production de cytokines, douleurs, état dépressif, difficulté à s'alimenter…**
	Malabsorption digestive		- **Étiologies nombreuses : insuffisance pancréatique ou hépatobiliaire, pancréatite chronique, maladie cœliaque ou intolérance au gluten, maladie de Crohn en poussée et RCH, entéropathie exsudative, diarrhées chroniques, résection ou court-circuit digestif, parasitose, ischémie mésentérique, chimiothérapie, chirurgie digestive bariatrique…**
	Maladies neurologiques sévères		- **Maladie de Parkinson, AVC, démence…**
	Infections chroniques		VIH, Tuberculose, Endocardite infectieuse subaiguë… - État septique prolongé ou chronique.
	Maladies inflammatoires		- Vascularite (artérite à cellules géantes), lupus érythémateux disséminé, sarcoïdose, maladie de Behçet, maladie de Still de l'adulte.
	Défaillance d'organe		- **Insuffisance cardiaque** ou **rénale** ou **respiratoire.**
	Psychologique		**Anorexie mentale :** Triade clinique : anorexie, amaigrissement, aménorrhée. - **Dépression :** repli sur soi, tristesse.
	Anomalie de la cavité buccale		- Edentation, prothèse inadaptée, candidose buccale…
	Toxique		- Alcoolisme, toxicomania.
	Iatrogènes		- Chimiothérapie, radiothérapie. - Régimes trop stricts et/ou injustifiés. - Chirurgie (ORL, dig). - Jeûne iatrogène.
	Polymédications		- Ex. : biguanides (diarrhée), AINS (épigastralgies).
	➔ Aucune cause retrouvée après un 1er bilan dans 20 % des cas. ➔ Prendre en compte les conséquences de l'amaigrissement. - **Suivi pondéral** : correction pondérale spontanée ou apparition de nouveaux signes.		